

**CONCERNANT L'INTERVENTION :**

Centre :  N° CRSS :

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_ h \_\_\_

Lieu :

**CONCERNANT LA VICTIME :**

**MATÉRIEL UTILISÉ  
DEMANDE DE RÉAPPROVISIONNEMENT DE MATÉRIEL SPÉCIFIQUE**

	<u>Quantité</u>
<input type="checkbox"/> Garrot	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marqueur	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bandes cohésives	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

**DESCRIPTION SOMMAIRE**

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_ h \_\_\_

Nom et prénom du chef d'agrès :

**A envoyer par mail au service « gestion sanitaire » : [pharmacie@sdis70.fr](mailto:pharmacie@sdis70.fr)**